BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 114 — São Paulo, Brasil

VOL. XVIII MAIO DE 1957 N.º 11

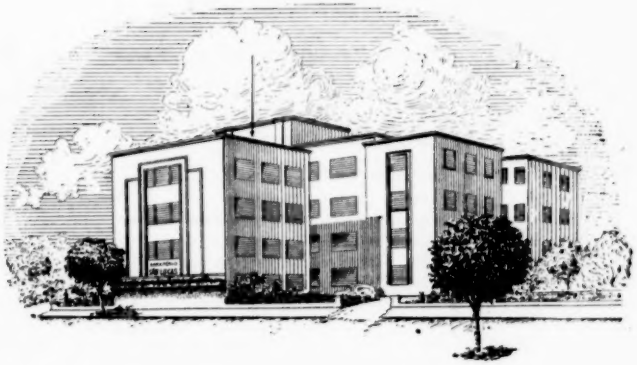
Sumário:

Pág.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas — Dr. WALDEMAR MACHADO 163

Escuelas de Medicina en Inglaterra — Dr. ALBERTO CARRION VERGARA 171

Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo Médico 174



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia"

Editado sob a direção do
Dr. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

✦

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitinguí, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1957/1958

Presidente :
Dr. Luiz Branco Ribeiro

Vice-Presidente :
Dr. Paulo R. C. Rebocho

Primeiro Secretário :
Dr. Eurico Branco Ribeiro

Segundo Secretário :
Dr. João Noel von Sonnleitner

Primeiro Tesoureiro :
Dr. Ferdinando Costa

Segundo Tesoureiro :
Dr. John Kolb

Bibliotecario :
Dr. Nelson Campanile

Conselho Consultivo :
Dr. Paulo G. Bressan
Dr. Waldemar Machado
Dr. Moacyr Boscardin
Dr. Roberto Deluca
Dr. Ernesto Afonso de Carvalho

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVIII MAIO DE 1957 N.º 11

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas durante o ano de 1956 (*)

Dr. WALDEMAR MACHADO
(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas; Obstetra Ginecologista da C. A. P. e Serviços Públicos em São Paulo)

O movimento global da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas atingiu a cifra de 1.369 parturientes no decorrer do ano de 1956, o que corresponde a uma média diária de 3,52 partos.

Das 1 369 parturientes, 184 tiveram partos cirúrgicos, o que corresponde a um total de 13,4% de intervenções. Êsses números estão distribuídos nos vários ítens que passaremos a analisar:

1 — *Cesareanas* — foram praticadas 113 histerotomias, tôdas pela técnica de Kerr, isto é, segmentares transversas, com exceção de duas, sendo uma segmentar-longitudinal e outra corporal clássica, executadas por vários obstétras e cirurgiões gerais.

Total de partos	1 369
Total de cesareanas	113
Percentagem	8,25%

Êste índice está de acôrdo com as últimas estatísticas nacionais e estrangeiras, correspondendo a um aumento crescente das indicações das histerotomias, após o aparecimento dos antibióticos.

A idade das pacientes cesareadas variou nos vários quinqüênios, da seguinte maneira:

IDADE	CASOS	PERCENTAGEM
16–20	7	6,19 %
21–25	51	45,13 %
26–30	22	19,46 %
31–35	24	21,23 %
36–40	7	6,19 %
41–45	2	1,76 %

(*) Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas em 9-4-57.

O maior índice é encontrado no quinqüênio 21-25 anos, vindo a seguir quase em igualdade os 6.º e 7.º quinqüênios da vida, que correspondem aos períodos mais propícios ao matrimônio e à maternidade.

O quadro seguinte corresponde ao número de gestações e paridade, cuja distribuição foi a seguinte:

Primigesta	60	53,09%
Secundigesta	27	23,89%
Tercigesta	13	11,50%
Quadrigesta	3	2,65%
Quintigesta	5	4,42%
Sextigesta	2	1,76%
Septigesta	1	0,88%
Octigesta	2	1,76%
	113	99,95%

NULIPARAS:	82	72,56%
Primíparas	16	14,15%
Secundíparas	7	6,10%
Terciparas	2	1,76%
Quartíparas	2	1,76%
Quintíparas	3	2,65%
Septíparas	1	0,88%
	113	99,86%

Das 113 cesareanas tivemos:

1.ª Cesareana	89	78,76%
2.ª "	22	19,46%
3.ª "	2	1,76%

No decorrer das intervenções, em 8 casos, foram praticadas salpingotomias, para esterilização.

A indicação operatória teve como ítens majoritários a distocia funcional e o sofrimento fetal, vindo os outros em escala menor, como veremos em continuidade.

distocia funcional	49
prolapso do cordão umbilical	2
placenta prévia	7
hiper-maturidade fetal	10
diabeta	1
primiparidade idosa	11
descolamento prematuro de placenta	3
situação transversa	3
sofrimento fetal	54

apresentação de face	3
desproporção céfalo-pélvica	18
apresentação pélvica em primipara idosa	4
estafa materna	7
útero duplo (tumor prévio)	1
trabalho de parto prolongado	4
mortalidade fetal em partos sucessivos	1
hipossistolia	1
vagina dupla	1
distocia de partes moles	1
doença mitral — bronquite asmática	1
choque	1

No quadro das anestesias encontramos o emprêgo da anestesia gazoza pelo ciclo-propano e a venosa pelo surital ou thionembutal e a raque, em que se empregou a scurocaine C, com a seguinte distribuição:

Anestesia Geral (venosa ou gasosa)	28 casos	24,77%
Raque	84 "	74,33%
Raque Geral	1 caso	0,88%

Não houve nenhum caso de morte materna. Tivemos 2 casos de fetos nati-mortos por descolamento prematuro de placenta, e 1 em caso de placenta prévia, que dependeram da gravidade dos casos em si. Houve ainda a morte de 4 fetos, após o nascimento, o que corresponde a uma percentagem de 3,6% e que somada aos casos anteriores dá a percentagem global de 6,3%.

Os que morreram após o nascimento tiveram os seguintes diagnósticos:

1 — por obstrução brônquica e anoxía, 22 horas após o nascimento, em que a anestesia empregada, foi raque.

1 — natimorto, 2 circulares cervicais apertadas, asfixia. Anestesia raque;

1 — natimorto, 1 circular cervical apertada, asfixia. Anestesia raque;

1 — morte após 6,50 hs. do nascimento por obstrução brônquica (aspiração de mecônio) que não cedeu mesmo as manobras de bronco-aspiração.

Como acabamos de ver, os casos de morte fetal tiveram percentagem baixa, desde que expurgados daqueles em que, pela própria incidência da afecção já havia morte fetal e a cesareana teve sua indicação para preservar a vida materna.

Um fato que também ressalta é o de não haver repercussão da anestesia, quer nos casos fatais de fetos, quer para o lado materno.

Tivemos um quadro de gravidez abdominal e feto morto, em que a passagem do ôvo da cavidade uterina para a abdominal, se deu através ruptura do côrno uterino D, que fôra sede de prenhez ectópica rôta, operada a 2 1/2 anos antes. Além disso há 15 meses a paciente já havia dado a luz a feto vivo em parto normal.

Passamos ao quadro estatístico da aplicação do fórcipe, cujo índice atingiu 71 parturientes, com a seguinte distribuição de gestação e paridade.

Aplicação de Fórcipe, total 71 5,18%

1.ª Gestação	56	78,87%
2.ª "	8	11,26%
3.ª "	1	1,40%
4.ª "	2	2,81%
5.ª "	2	2,81%
8.ª "	1	1,40%
11.ª "	1	1,40%
	71	99,95%

Nuliparas	59	83,00%
I	5	7,00%
II	2	2,80%
III	2	2,80%
IV	1	1,40%
VII	1	1,40%
X	1	1,40%
		99,80%

A idade oscilou desde os 18 anos a mais jovem até os 46 a mais idosa, com a seguinte distribuição por quinqüênios:

16 aos 20 anos	9	12,67%
21 aos 25 "	21	29,57%
26 aos 30 "	20	28,16%
31 aos 35 "	13	18,30%
36 aos 40 "	7	9,85%
46 aos 50 "	1	1,40%

Verificamos assim que a predominância foi exatamente no decênio que compreende o maior número de casamentos e a atividade sexual da mulher, ou seja, entre os 21 e 30 anos. Isto está também de acôrdo com os quadros anteriores em que observamos a predominância quase total das primigestas e nuliparas sôbre as secundiparas e multiparas.

No quadro das indicações operatórias nas aplicações de fórcipe vemos que a parada de progressão e o sofrimento fetal atingem cifras que sobrepujam de maneira eloqüente as outras indicações, como veremos a seguir:

Parada de progressão	61
Sofrimento fetal	29
Anel de constrição	1
Bacia estreitada	6
Primiparidade idosa	7
Distócia de rotação	5
Eclampsia	1
Epilepsia	2

No quadro das anestesias preferimos a geral de início com o protoxido de azôto e posteriormente a venosa com thio nembutal ou surital e em menor escala a raque e a local de acôrdo com o seguinte quadro:

Protoxido éter	9	12,6%
Venosa	22	30,9%
Raque	4	5,6%
Local	13	18,3%
Ciclo éter	1	1,4%
Éter	22	30,9%

No início do ano empregamos em maior número de casos, éter, em máscara aberta ou a mistura protóxido éter, sempre com bons resultados. Ùltimamente vimos empregando anestesia venosa, também com sucesso, isto devido à equipe de anestesistas do Sanatório São Lucas, cujo nível técnico atingiu alto grau, proporcionando-nos e às gestantes segurança e ótimos resultados. A raque e a local foram empregadas naqueles casos em que havia contra-indicação à geral.

Como conseqüência imediata de repercussão sôbre o feto, de aplicação de fórcipe, tivemos o seguinte:

Paralisia facial	1 caso
Fratura de clavícula	2 casos

Todos êles evoluíram satisfatòriamente, dentro das duas 1.as semanas de vida.

Houve três casos de morte fetal, assim distribuídos:

1 morte após 14,35' m do nascimento;

1 morte durante o ato operatório com versão e fórcipe em cabeça derradeira;

1 morte por asfixia durante a extração.

Êsse total corresponde a uma mortalidade global de 4,22%, não havendo nenhum caso de morte materna.

Fizemos a indução do parto em 19 casos com resultados satisfatórios empregando pituitrina ou slopart diluído em sôro glicosado, gôta a gôta, na veia.

Houve 40 casos de partos pélvicos, correspondendo a 1,95% do total, havendo 1 caso de morte fetal, por asfixia em nulipara; 2 partos foram gemelares; 1 genitora era epilética e 2 casos foram resolvidos por cesareana.

Tivemos 3 casos de apresentação distócica, defletida, de face.

Um caso também interessante, que tivemos no decorrer do ano, e muito raro é o da disjunção traumática da sínfise pubiana. Tratava-se de uma primipara, na última semana de gestação, quando sofreu um acidente, por queda, obrigando-a a um afastamento antero-posterior dos membros inferiores, o que resultou na rotura dos ligamentos da sínfise e disjunção pubiana, provocando dores e imobilidade no leito. A gestante permaneceu em repouso durante 3 dias quando entrou em trabalho e deu à luz normalmente, em parto assistido no próprio leito. A alta deu-se no 6.º dia de puerpério, já recuperando sua mobilidade, tendo se levantado no 4.º dia.

Houve 7 casos de placenta prévia e 3 casos de descolamento de placenta.

Em 11 casos, ou seja 0,80% do total de partos, houve retenção de placenta, cuja resolução foi a seguinte:

8 casos por extração manual de placenta
2 casos pela técnica de Monjon e Gabastou
1 caso por curetagem

Houve 32 casos 2,3%, de flebite, sendo que, 4 após a aplicação de fórcipe e 2 casos em ambas as pernas, todos resolvendo-se bem, não necessitando de internação por mais de 6 dias.

Houve 1 caso em que a gestante deu entrada com volumoso abcesso vulvar que teve também resolução satisfatória.

Houve 2 casos de lues, com W-÷-÷-÷, tanto para as mães como para os filhos. Uma delas havia feito tratamento durante 10 dias com penicilina no 4.º mês de gestação, sem obter resultado como se verificou posteriormente.

Houve 1 caso de diabeta, primigesta, cesareada na 36.ª semana de gestação, dando à luz um feto de 3 780 grs. que já apresentava líquido aniótico com mecônio, embora tivesse entrado no hospital no dia que completava aquêle período de gestação e o foco fetal apresentava-se com ritmo normal.

Houve 3 casos de mãe epiléptica, sendo que 2 tiveram partos normais e 1 com crises freqüentes, embora sob medicação, foi submetida a uma aplicação de fórcipe.

Houve 10 casos de Rh negativos o que corresponde a 0,73%, assim distribuídos:

Primigesta	2 casos	
II	3 casos	
III	2 casos	
IV	2 casos	(sensibilisados)
V	1 caso	
XI	1 caso	

Dêsses casos, apenas 2 estavam sensibilizados, por coincidência as duas quartigestas, sendo que uma delas teve seu 2.º filho morto por eritroblastose; o terceiro submetido a exangüino-transfusão teve, sucesso assim como o atual. A outra parturiente, também com seu filho com eritroblastose, obteve resultado com a exangüino-transfusão. Em ambos os casos, a troca de sangue foi total, numa só sessão.

Houve um outro caso de eritroblastose, em parto ocorrido no interior, vindo apenas o recém-nascido, com 48 horas de vida e já com sintomas alarmantes da moléstia. Embora fôsse feita a exangüino-transfusão veio a falecer algumas horas após.

Houve 3 casos de eclampsia, terminando 2 normalmente, um dêles com feto nati-morto e outro resolvido com aplicação de fórcipe, feto vivo, todos os três casos surgiram em primigrávidas.

Houve 10 casos de recém-natos com vícios congênitos assim distribuídos:

Polidactilia	1 caso
Agenesia dedos mão D, exceto polegar	1 caso
Lábio leporino	1 caso
Rimapalatina	1 caso
Agenesia mão D	1 caso
Anencéfalo	1 caso
Hidrocefalia, meningocele, paraplegia membros inferiores	1 caso
Pé valgo	1 caso
Encefalopatia congênita	1 caso

Houve 26 casos de nati-mortos macerados, cuja morte ocorrera em período anterior à entrada na maternidade, o que corresponde a 1,89%.

Encontramos 15 fetos mortos no decorrer do trabalho de parto, 1,95%, assim distribuídos:

Forcipe em cabeça derradeira	1 caso
Asfixia (obstrução brônquica)	6 "
Uma circular cervical do cordão	1 "
Três circulares cervicais do cordão	1 "
Hemorragia intra-craniana	1 "
Placenta prévia	1 "
Eclampsia	1 "
Descolamento prematuro de placenta	1 "
Doença hipertensiva específica da gravidez	1 "

Houve 112 casos de prematuros, o que corresponde a 8,18%.

Nasceram mortos	2	1,78%
Néo-mortos	18	16,71%

No grupo dos néo-mortos as horas de vida, em ambiente adequado variaram de 4 h e 27' m até 7 dias.

Houve 11 partos gemelares o que corresponde a 0,8%, cujos sexos estavam assim representados:

Masculinos	5
Femininos	2
Masculinos e Femininos	4

Como acidentes de trabalho de parto, houve 7 casos de fratura de clavícula sendo 2 após a aplicação de fórcipe e 5 em partos normais.

Finalmente, apresentamos o quadro do movimento global, desde o ano de 1951.

	ANOS						TOTAL
	1951	1952	1953	1954	1955	1956	
Parturientes internadas	235	282	515	815	1 153	1 369	4 369
Partos normais	178	215	423	683	919	1 185	3 603
Partos operatórios	75	67	92	132	182	184	732
Prematuros	14	33	28	50	52	112	289

Escuelas de Medicina en Inglaterra

Dr. Alberto Carrion Vergara
(Ex-estagiario do Sanatório São Lucas)

En esta nacion existen 27 escuelas de medicina, casi todas ellas estan en los hospitales sin local especial, salvo algunas que los tienen muy buenos. Llevan el nombre del hospital en el que funcionan, las de Londres son doce, pertenecen a la Universidad del mismo nombre y estan en los hospitales de : Charing Cross, Guys, Middlesex, Royal Free, San Bartolome, San Marys, Santo Tomas, University College, Westminster, London, San Jorge y King College. El alumnado de la Royal Free en un 80% es femenino, el profesor de cirugia y los jefes de sala con igualmente mujeres. El resto se encuentran en las ciudades de : Birmingham, Bristol, Leeds, Liverpool, Manchester, Newcastle upon Tyne, Sheffield, Durham, Oxford, Cambridge, Aberdeen, Edinburgh, Glasgow, San Andres, Dundee y Cardiff.

Caracteristicas generales. — A estas escuelas se matriculan los que tienen un certificado de suficiencia obtenido en un examen que dan en toda Inglaterra a los 18 anos, siendo esta la etapa en la cual se hace la seleccion, los estudios duran cinco y medio a seis anos, 40% del alumnado con buenos certificados cuyos recursos familiares son debidamente comprobados tienen estudios costeados por el Reino, el otro 40% por sus padres quienen pagam 2,912 soles cada ano, y el 10% restante por el hospital con la donacion de fundaciones.

Mientras duran los estudios se dan tres examenes. El primero de los cursos de quimica, fisica y biologia luego de un ano de preparacion, y el numero de alumnos para esta primera prueba no pasan de 60 como promedio general. El segundo de : anatomia, fisiologia, bio-quimica, farmacologia despues de 13 meses de estudio, a estas pruebas se presentan un promedio de 100 y los que en estos dos primeros examenes han salido desaprobados pueden dar un nuevo examen, si por segunda vez salen desaprobados obligatoriamente dejan la carrera. El tercero es de estudios clinicos, y se dan despues de tres anos y son 250 los que estan listos para este examen, y los desaprobados pueden presentarse repetidas veces hasta conseguir su aprobacion.

Es frecuente que muchos de estos hospitales reciban estudiantes que ya aprobaron el primer examen en colegio que no pertenecen a la Universidad, y algunas veces aun despues que han aprobado el segundo examen en Oxford y Cambridge y King College. Los hospitales de San Jorge, King's College, Westminster son los que reciben alumnos con esta preparacon y la ensenanza que imparten es solo para los cursos clinicos. Existe igualmente algunos hospitales en Londres, cuyos medicos y cirujanos imparten la ensenanza a los que no han podido ingresar a las escuelas de la Universidad y los examenes son tomados por el Royal College de Medicos y Cirujanos y al ser aprobados pueden ajercer la profesion en igualdad de condiciones de los que egresan de la Universidad. La primera autoridad se llama Dean y no es el de mas prestigio ni el mas brillante de la escuela, es designado por la niversidad para que se preocupe del buen desarrollo de los cursos, de la disciplina de los estudiantes, es un hombre de caracter energico.

Caracteristicas particulares. — Algunas de las que se encuentran en otras ciudades tienen caracteristicas especiales, asi en Oxford y Cambridge, solo el 5% de los que han aprobado el segundo examen cuya preparacion dura dos anos, se quedan a continuar sus estudios en los hospitales de dichas ciudades, el 95% van a los hospitales de Londres. En Escocia dura 6 anos, y en sus escuelas de : Aberdeen, Edinburgh, Glasgow, San Andres, Dundee se puede estudiar desde el primer ano, o tambien ingresar luego de haber aprobado los dos primeros examenes. Em Wales, solo University College que esta en Cordiff del Sur de Wales y Monmowthsire pueden preparar para el segundo examen y dura dos anos, y para los estudios clinicos pasan a la Escuela Nacional de Medicina de Wales, los estudios duran 6 anos. Em el resto de las ciudades que tienen Universidades con escuelas medicas, estas dan la ensenanza hasta el segundo siclo y para los cursos clinicos los alumnos on enviados a los hospitales de la ciudad, y la duracion de los estudios son iguales que en Londres cinco y medio anos.

Professorado ensenanza y examenes para cirugia. — Cada escuela de Medicina tiene un solo profesor de cirugia que gana 23 mil soles mensuales, trabaja solo en el hospital de la escuela no tiene clientela privada, para llegar a este cargo tiene que haber presentado en su vida profesional trabajos originales, haber hecho algun diagnostico dificil y haber escrito mucho. Este profesor tiene 4 jefes de sala, que trabajan tambien en otros hospitales, que ejercen la profesion privada, son magnificos cirujanos y ganan 14 mil soles mensuales, estos no tienen mucho interes en llegar a ser profesores porque ganan mas en la situacion en que se encuentran, el profesor y los jefes tienen la obligacion de retirarse a los 65 anos. A los que los van a remplazar los nombra el Consejo Universitario y el Cuerpo de Gobierno del Hospital luego de hacer detenido examen de todos

los meritos presentados por los candidatos, por avisos puestos en los periodicos medicos. Muchas veces el nuevo profesor nombrado viene de otra ciudad por el peso de sus meritos.

Para la enseanza de la cirurgia en cada hospital hay 250 camas distribuidas en cinco salas de cincuenta cada una, mitad para hombres y mitad para mujeres, para la medicina se tiene igual numero. El jefe directo de una de estas es el Profesor de Cirugia con autoridad sobre las otras que tienen aun cirujano competente como Jefe de la Sala, que esta tres dias a la semana y que es secundado a su vez por tres subalternos que viven y trabajan solo en un hospital el senior register, que gana 9 mil soles mensuales ha dado examen de fellow ship en el Royal College de Medicos y cirujanos, tiene mas de cinco anos de recibido, el junior register que tiene cinco anos de recibido, esta estudiando para fellow ship y gana 5 mil soles mensuales, y el interno o ha un ano que recien se ha graduado, que no puede ejercer la profesion mientras no haya desempenado dicho cargo durante un ano.

La ensenanza practica es impartida en estas salas en el cuarto ano por grupos de 8 alumnos, que permanecen tres meses y tienen cada uno 6 camas para su aprendizaje tres de mujeres y tres de hombres, y su obligacion es concurrir diariamente, hacer las historias, la evolucion de los enfermos, cuidar su pre y postoperatorio, es el que informa al jefe de sala el dia de la visita general, es el responsable de la preparacion del enfermo y es dirigido por el interno o el junior register, en la sala de operaciones es ayudante segundo cuando son operados sus enfermos, cuando no esta de observador. Luego pasa por otros tres meses a los consultorios externos para ver a los enfermos que vienen de la calle, muchas veces con el jefe de sala, otras con el senior register, y es de este modo que en 6 meses ha acabado su practica quirugica.

Para aprobar la cirugia es preciso dar un primer examen de patologia quirugica luego de seis meses de iniciado el tercer ano, y al final del siclo dos mas uno de cirugia y otro de ginecologia y obstetrícia. En cada uno de estos examenes hay cuatro pruebas: la escrita que dura tres horas, la oral 15 minutos, la de frascos con especimenes anatomo patologicos de procesos medicos para cursos medicos y de procesos quirurgicos para tales cursos dura 15 minutos, la del caso clinico una hora. Para patologia quirugica enves de la prueba del caso clinico existe la prueba de laboratorio que dura dos horas.

Es de esta manera como cumplen su funcion que hago no serviran para dar nuevos rumbos a nuestra escuela que ya las tiene pero si para afianzar la actual organizacion en que estan empenados y me queda la satisfacion de haber cumplido un deber para con la casa de San Fernando, alma matter de mi formacion y colmenar de mi inquietud pedagogica diaria durante su curso academico.

Sanatório São Lucas

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 24 de novembro de 1955:

Malformações do canal neural. — O prof. Carmo Lordy discorreu sôbre malformações decorrentes do desenvolvimento do canal neural, mostrando a razão do aparecimento das mielomeningoceles, das meningoceles, das espinas bífidas, cuja denominação criticou, e das cistes dermoides interglúteas, de que apresentou um exemplar recentemente operado no Sanatório São Lucas. Fêz exibição da peça cirúrgica e mostrou cortes microscópicos da malformação.

Reunião de 1 de dezembro de 1955:

Dieta para operados de estômago. — Inicialmente, o Dr. Paulo Rebocho expôs a análise que fêz de uma série de dietas usadas entre nós por gastroenterologistas e cirurgiões e de trabalhos estrangeiros sôbre o assunto. O fator qualitativo e o quantitativo não têm tanta importância como a alimentação freqüente. O orador expôs os conceitos clássicos da secreção gástrica e suas relações com a úlcera. A dieta branda e o leite são o ideal para o tratamento de um ulceroso caso o trabalho não lhe permita comer freqüentemente deve ser o alimento substituído pelos antiácidos. Traçou um quadro de orientação alimentar para o doente. O dr. Generoso Concílio acha que a distribuição alimentar posoperatória por períodos não é muito razoável. E acha que muitas vêzes se tem que administrar o ácido clorídrico. O dr. Moacyr Boscardin acentuou a importância do fator individual na alimentação do operado. O dr. Eurico apresentou o problema do ponto de vista prático, colocando a graduação alimentar dentro do tempo. O dr. Paulo Bressan disse que há dois pontos capitais: o doente diz que não faz a digestão ou diz que vomita; no primeiro caso, dar digestivos; no segundo caso, a questão é de motilidade. Dar beladona, diz o dr. Eurico. O dr. Jacyr Quadros acentua o valor do exame radiológico do trânsito do delgado avaliado antes da operação. O dr. Eurico no dumping tem administrado o extrato suprarrenal no período preprandial. O dr. Manuel Sanches refere-se à alimentação imediata do posoperatório. O pro-

blema da sondagem gástrica imediata foi levantado; o dr. Concílio deixa por 48 horas; o dr. Eurico só usa quando necessário, quando há vômitos que persistem no 2.º ou 3.º dia; a sonda é mal suportada e desnecessária em cêrca de 90% dos casos.

Ficou resolvido apresentar-se na próxima reunião um esquema de orientação a ser fornecido aos doentes operados de estômago, estipulando no máximo três tipos de dieta — a hospitalar, a para ser usada em casa nas três primeiros semanas e a para ser usada a partir de um mês depois da operação.

Reunião a 15 de dezembro de 1955:

Dieta para operados de estômago. — O dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou, para aprovação uma lista de recomendações gerais para os operados de estômago. Depois de algumas alterações, foi o texto aprovado. Ficou resolvido fazerem-se recomendações especiais para os casos de dumping, vômitos, hipotensão e emagrecimento e para a dieta durante a internação, no posoperatório imediato, bem como instruções para os portadores de úlcera que não desejam ser operados, ficando designados para estudar cada um dos pontos com o diretor do hospital respectivamente os drs. Paulo Bressan, José Saldanha Faria, Moacyr Boscardin, João Sonnleithner e Paulo Rebocho.

Trombose da artéria mesentérica superior. — O Dr. Moacyr Boscardin apresentou um caso de enfarte do mesentério, por trombose da mesentérica superior. A enfêrma foi operada com o diagnóstico de obstrução intestinal, tendo-se feito outras hipóteses. Foi feita a ressecção de cêrca de 1 m e meio de alça delgada e cinco dias depois a paciente vai passando bem. O dr. Waldemar Machado salientou a dificuldade do diagnóstico, tendo pensado, ao ver a doente, em torção da sigmóide. O dr. Moacyr salientou o valor do passado reumático e cárdio-vascular, inexistente na história do caso, mas possivelmente referível a um flebite posparto. O dr. José Saldanha Faria citou um caso, de trombose, com diagnóstico prévio, que operou aqui no Sanatório São Lucas. O dr. João Sonnleithner referiu-se a leucocitose precoce no caso. Sôbre trombose e embolia discorreram o dr. Boscardin e o dr. Delgado Herrera, que também se referiu à possibilidade de fazer-se uma aortografia nos casos de abdome agudo.

Colangiografias. — O dr. Manuel Sanchez discutiu a questão de técnica de obtenção e de interpretação das colangiografias operatórias e posoperatórias. Condenou o uso do lipiodol, por apresentar falsas imagens de cálculos. O umbradil e o perabrodil dão melhores informações. Descreveu com promenores a técnica aconselhável. A colangiografia pode dar imagens de litíase, de oddite, de pancreatite e papilite. Apresentou várias colangiografias do arquivo do Sana-

tório São Lucas, apontando os defeitos que dificultam a interpretação. O dr. José Saldanha Faria apresentou as radiografias da árvore biliária obtida através de uma fístula posoperatória em enfêrmo operado de úlcera gástrica.

Sessão de 22 de dezembro de 1955:

Emagrecimento e hipotensão. — Dr. Moacyr Boscardin. O orador falou sôbre o emagrecimento e hipotensão que se observam depois da ressecção gástrica em alguns casos. Estabeleceu-se discussão entre o A. e os drs. Paulo G. Bressan e Eurico Branco Ribeiro.

Afecção pulmonar associada a um estado hepático crônico. — Dr. Carlos Alberto. O A. leu a observação clínica de um caso de afecção pulmonar associada a um estado hepático crônico. O paciente foi acometido de febre a cêrca de 10 dias, com dispnéia, suores, dor discreta no ombro, tosse e escarro hemoptoicos, dor no epigástrio depois de iniciar-se a tosse, urina carregada, subcterica: apresenta estertores discretos, mais intensos à direita; 20.000 leucócitos, pigmentos biliários e cilíndricos, hialinos no sedimento urinário. Apresentados os dados clínicos, o dr. Jacyr Quadros mostrou uma chapa radiológica e o estudo planigráfico do caso, evidenciando que se trata de pneumonia, pois não há desvio da traquéia nem gânglios aumentado de volume no mediasino, nem há comprometimento de um só lobo, já que a planigrafia mostra 2 lobos afectados. Os drs. Eurico Branco Ribeiro, Paulo Rebocho e José Saldanha Faria, falaram sôbre a falta de certos dados clássicos do diagnóstico da pneumonia. O dr. Delgado Herrera salienta a evolução prolongada de um estado pneumônico; fêz considerações diagnósticas. Fêz-se uma apreciação da terapêutica usada.